

**ISP – PLAN DE GASTOS**

NOMBRE	FECHA
--------	-------

El Plan de Gastos se habrá de llenar cuando el DES/DDD actúe como el beneficiario representativo del individuo, y para los individuos en ambientes residenciales con licencia. Si es necesario proporcionar seguimiento, indique la acción(es) a tomar y la persona(s) responsable por la misma en la Parte II del Plan de Acción.

**FUENTES DE INGRESOS**

Fuente	Cantidad	Frecuencia	Beneficiario
<input type="checkbox"/> SSI Nota: No escriba su número de Seguro Social.	\$		
<input type="checkbox"/> SSA Nota: No escriba su número de Seguro Social.	\$		
<input type="checkbox"/> Ganancias	\$		
<input type="checkbox"/> Otra	\$		

**BIENES**

Fondo o Propiedad	Valor/Balance en (Fecha)	Custodio
<input type="checkbox"/> Cuenta con DES	\$	
<input type="checkbox"/> Cuenta con un Hogar de Grupo	\$	
<input type="checkbox"/> Cuenta bancaria personal	\$	
<input type="checkbox"/> Otro	\$	

**GASTOS**

Tipo de gasto	Cantidad	Frecuencia	Comentarios
<input type="checkbox"/> Alquiler/Hospedaje	\$		
<input type="checkbox"/> Dinero para gastos personales	\$		
<input type="checkbox"/> Ropa	\$		
<input type="checkbox"/> Ocasiones especiales	\$		
<input type="checkbox"/> Médico/Dental	\$		
<input type="checkbox"/> Otra	\$		

¿Es la persona responsable por su propio dinero?  Sí  No

¿Desea el tutor o beneficiario representativo recibir copia del archivo contable o los recibos de la persona?  Sí  No

Si responde que sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA), el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602-542-6825.